Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 509 Palliatieve zorg

Nr. 51

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 oktober 2015

In mijn brief van 11 december 2013 over palliatieve terminale zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 46) heb ik aangegeven dat ik voornemens ben om samen met de meest betrokken organisaties te onderzoeken of en hoe de Regeling palliatieve terminale zorg (Rptz) een structureel karakter kan krijgen. Ik heb HHM onderzoek en advies opdracht gegeven om deze evaluatie uit te voeren en te beoordelen of de Rptz heeft voldaan aan de doelstellingen en om te komen tot aanbevelingen hoe de regeling in de toekomst kan worden geborgd. Bijgaand stuur ik u het rapport Evaluatie Regeling palliatieve terminale zorg van HHM onderzoek en advies[1]. Hierbij voldoe ik tevens aan mijn toezegging om u hierover in 2015 te informeren, gedaan in mijn brief inzake het VSO Investeren in palliatieve zorg van 23 september 2014 (Kamerstuk 29 509, nr. 47).

Verder maak ik van de gelegenheid gebruik om enkele vragen over palliatieve zorg te beantwoorden die in het AO Decentralisatie Wmo/Wlz van 9 september zijn gesteld (Kamerstuk 34 104, nr. 82).

De Regeling palliatieve terminale zorg

Het uitgangspunt van mijn beleid is dat mensen palliatieve zorg kunnen ontvangen op de door hen gekozen plek, waar mogelijk dicht bij huis. De bijdrage die vrijwilligers leveren – in samenspel met professionals en zowel thuis als in hospices – waardeer ik zeer, evenals het behoud van de bijzondere identiteit van organisaties voor palliatieve zorg die zijn ingebed in de locale sociale setting.

De Rptz bestaat sinds 2007 en regelt instellingssubsidies die op aanvraag kunnen worden verstrekt aan hospices/bijna-thuis huizen en netwerken palliatieve zorg. De regeling bestaat uit twee onderdelen: het grootste onderdeel (ruim 15 miljoen euro) is bedoeld voor het stimuleren van

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-29509-51
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

vrijwillige palliatieve zorg via een tegemoetkoming voor de coördinatiekosten van vrijwilligers en voor exploitatie en huisvestingskosten van bijna-thuis huizen. Een kleiner deel van de regeling (bijna 3,5 miljoen euro) is bedoeld voor het coördineren van de netwerken palliatieve zorg. Er zijn 66 netwerken in Nederland met nationale dekking, waarin aanbieders van palliatieve zorg zich verenigd hebben. Binnen netwerken werken organisaties samen en dragen zorg voor voldoende aanbod.

Evaluatie

Het onderzoek is begeleid door VWS in samenwerking met de meest betrokken veldorganisaties (Stichting Fibula[2], VPTZ Nederland[3] en AHzN[4]).
In het algemeen zijn zowel de organisaties voor vrijwillige palliatieve zorg als de netwerken tevreden over de huidige regeling. Zij vinden dat de regeling heeft bijgedragen aan het verbeteren van kwaliteit van zorg en deskundigheidsbevordering onder vrijwilligers die palliatieve zorg verlenen en dat de steun cruciaal is voor het voortbestaan van deze vorm van zorg. Voor de netwerken geldt daarnaast dat de regeling heeft bijgedragen aan het in stand houden van een landelijk dekkend netwerk van regionale netwerken palliatieve zorg.

HHM constateert dat de ondersteuning, coördinatie en opleiding van vrijwillige palliatieve zorg staat en nu moet worden doorontwikkeld en uitgebreid. Met alle partijen is gesproken over meer structurele borging van de regeling. De conclusie is dat om uiteenlopende redenen volledige borging van de regeling in de Zvw, Wmo of Wlz op dit moment niet wenselijk en haalbaar is. Enkele argumenten uit het rapport zijn dat vrijwillige zorg en netwerken niet eenvoudig als verzekerde zorg onder te brengen zijn in de Zvw en dat onder een verzekering de grote maatschappelijke betrokkenheid bij deze zorg dreigt te verdwijnen. Tegen onderbrengen in de Wmo pleit dat hospices en netwerken vaak gemeentegrensoverschrijdend opereren en dat de zorg niet gericht is op participatie en zelfredzaamheid. Ten slotte valt het grootste deel van de palliatieve zorg buiten de reikwijdte van de Wlz (zie hoofdstuk 7 van het rapport voor een volledige analyse van voors en tegens).

Om deze redenen adviseert HHM om de huidige wijze van financiering voort te zetten door een nieuwe subsidieregeling voor de periode na 2017 op te stellen. De nieuwe subsidieregeling dient in goed overleg met VPTZ Nederland en AHzN te worden vormgegeven, en bij de verantwoording van de regeling dienen zij een grotere rol te krijgen. De contouren van de huidige subsidieregeling kunnen behouden blijven, maar er dient extra aandacht te worden besteed aan het vereenvoudigen van de criteria en de brede inzet van vrijwillige palliatieve zorg (zowel thuis als in een hospice).

Over het landelijk dekkend netwerk van regionale netwerken palliatieve zorg concludeert HHM dat de netwerken staan en dat het tijd is voor verdere ontwikkeling en professionalisering. Daarom adviseert HHM om de huidige subsidieregeling (met enige aanpassingen) tot en met 2020 te continueren, waarbij hogere eisen worden gesteld aan kwaliteitsverbetering. De nieuwe subsidieregeling[5] dient te worden vormgegeven in goed overleg met Stichting Fibula en bij de verantwoording van de

[2] de organisatie van netwerken palliatieve zorg in Nederland
[3] de landelijke vereniging van organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg, thuis of in hospices
[4] Associatie Hospicezorg Nederland
[5] Op dit moment zijn de regelingen voor vrijwillige PTZ en de netwerken samengevoegd in 1 regeling. Om praktische redenen blijft dat waarschijnlijk het geval.

regeling dient Fibula een grotere rol te krijgen. In 2020 is het Nationaal Programma Palliatieve zorg (2015–2020) afgerond, zijn de consortia opgericht, is er vijf jaar geïnvesteerd om palliatieve zorg op een hoger niveau te krijgen en hebben de netwerken de mogelijkheid gehad zich verder te ontwikkelen. HHM adviseert om in aanloop naar dat moment de mogelijkheden te onderzoeken om de ondersteuning van de netwerken palliatieve zorg vanaf 2021 niet langer via een aparte subsidieregeling te financieren.

Nieuwe regeling

Ik kan mij vinden in dit advies en volg dan ook het advies op hoofdlijnen op[6]. Ik vind de inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg belangrijk en wil dit duurzaam blijven ondersteunen.
De gekozen oplossing is in lijn met mijn eerdere besluit om, voor cliënten die geen Wlz-indicatie hebben, de palliatieve terminale zorgverlening onder de regulering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te brengen, inclusief begeleiding. Het maakt hierbij geen verschil of iemand de zorg thuis ontvangt, in een instelling of in een hospice. Door de vrijwillige palliatieve terminale zorg in settings die geen contractuele relaties kennen met zorgverzekeraars te blijven ondersteunen via een subsidieregeling, kan toch zo dicht mogelijk worden aangesloten bij de Zvw.

Deze aanpak gaat overigens minder ver dan wat is bepleit in de motie van der Staaij (Kamerstuk 30 597, nr. 344). Hospices die zijn ontstaan vanuit particulier, kleinschalig initiatief vinden het belangrijk een eigen aanpak en organisatievorm te kunnen kiezen passend bij het karakter en de eigenheid van de zorg. Ze maken daarbij gebruik van Zvw zorg (zoals geneeskundige behandeling en wijkverpleging) geleverd door andere zorgaanbieders maar contracteren niet zelf met de zorgverzekeraars en hoeven dus ook niet te voldoen aan de daarbij behorende vereisten (zoals het hebben van een Wtzi toelating). De consequentie van deze keuze is dat ook de kosten van het verblijf niet ten laste van de Zvw kunnen komen. Om te waarborgen dat palliatieve zorg in hospices in deze vorm als volwaardig alternatief blijft bestaan wil ik de subsidieregeling met daarin een tegemoetkoming voor deze kosten in stand laten.

Voor de ondersteuning van de inzet, coördinatie en deskundigheidsbevordering van vrijwillige palliatieve zorg zal ik een nieuwe regeling uitwerken voor de periode na 2017. Deze regeling zal in afstemming met VPTZ Nederland en de AHzN worden opgesteld. De bovengenoemde evaluatie vormt een belangrijk uitgangspunt voor de te bespreken aanpassingen.
De ondersteuning voor de netwerken wil ik in de nieuwe subsidieregeling handhaven gedurende de looptijd van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, namelijk tot en met 2020. Deze regeling zal in afstemming met Stichting Fibula worden uitgewerkt, met enkele uit te werken aanpassingen, zoals aangegeven in de bovengenoemde evaluatie (o.a. bereik van de netwerken, financiering niet alleen o.b.v. inwonertal, scherpere verantwoording).

Ik zal uw Kamer begin 2016 nader informeren over de verdere uitwerking van de nieuwe regeling.

[6] Bij de uitwerking van de regeling moeten enkele keuzes worden gemaakt over modaliteiten en bereik van de nieuwe regeling. Ik ga hierover in overleg met de eerdere genoemde partijen en neem daarbij het advies van HHM mee.

Vragen over palliatieve zorg in het Algemeen Overleg van 9 september jl.

In het AO Decentralisatie Wmo/Wlz op 9 september jl. heb ik aangegeven dat ik de Kamer door een brief nader zou informeren over enkele vragen over overbruggingszorg, herindicaties en bekostiging van nazorg en geestelijke zorg bij palliatieve terminale zorg.

Naar aanleiding van de vragen van de SGP, gebaseerd op de casus van Hospice de Olijftak in Ede, heb ik contact op laten nemen met het hospice. Dit hospice (met Wtzi toelating) heeft moeite om uit te komen met de huidige contractering en tarieven in de Zvw en het eerstelijnsverblijf. Daarom zoekt het naar mogelijkheden om de begroting rond te krijgen. Als één van de opties oppert het hospice om te schuiven tussen verschillende budgetten. Het is voor individuele zorgverleners echter niet mogelijk om te schuiven tussen de budgetten voor de Zvw en de Wlz (ook niet vanuit de overbruggingszorg). Het is aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren om de gepaste omvang te contracteren voor de verschillende budgetten, zodat schuiven niet noodzakelijk is. Omdat er eerder in 2015 knelpunten zijn gesignaleerd rondom de Subsidieregeling Eerstelijns verblijf 2015 (waar Wtzi toegelaten hospices gebruik van kunnen maken) is besloten om in twee tranches aanvullende middelen beschikbaar te stellen aan Wlz-uitvoerders tot maximaal € 67 miljoen euro. Hiermee kan dus meer zorg worden ingekocht, onder andere door Wtzi-toegelaten hospices.

In het debat werd naar aanleiding van de casus in Ede ook opgebracht dat het CIZ geen speciale regeling meer heeft voor ZZP 10 indicaties. Deze constatering gaat niet meer op. In de aanpassing van de regeling langdurige zorg en de beleidsregels indicatiestelling in het voorjaar 2015 heb ik mogelijk gemaakt dat het CIZ palliatieve terminale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie, die niet in een Wlz-instelling verblijven, ook in de thuissituatie kan indiceren. Derhalve geldt voor cliënten met zorgprofiel VV «Beschermd verblijf met intensieve palliatieve terminale zorg» (voormalig ZZP VV 10), dat de te leveren palliatieve terminale zorg in de volgende situaties kan worden ingezet: thuis, in een hospice of in een Wlz-instelling. De beoordeling of en hoe de zorg doelmatig en verantwoord thuis kan worden geleverd, is aan het zorgkantoor.

Onder verwijzing naar dezelfde casus werden ook de snelheid van de herindicaties en het niet met terugwerkende kracht kunnen declareren aan de orde gesteld. Hierover wil ik opmerken dat het CIZ een spoedprocedure kent, die ruim 800 keer per maand wordt ingezet. Als bij een Wlz-aanvraag wordt aangegeven dat vanwege bijzondere omstandigheden de zorg al wordt ingezet, indiceert het CIZ binnen 2 weken. Als na onderzoek blijkt dat er aanspraak is op de Wlz, indiceert het CIZ met terugwerkende kracht tot de aanvraagdatum/startdatum van zorg. Indien duidelijk is dat het gaat om palliatieve zorg, wordt de aanvraag met voorrang behandeld. Deze procedure ondervangt het bezwaar dat het CIZ formeel 6 weken de tijd heeft voor het stellen van een herindicatie, terwijl de gemiddelde opnameduur in het hospice ca. 30 dagen bedraagt. Door de spoedprocedure bij de indicatiestelling is ook het niet met terugwerkende kracht kunnen declareren ondervangen.

De Christenunie heeft in het debat verder aandacht gevraagd voor de financiering van nazorg en geestelijke zorg. Dit zal worden meegenomen in de beantwoording van de op 14 oktober 2015 gestelde schriftelijke

vragen van de leden Van der Staaij (SGP), Bruins-Slot (CDA) en Dik-Faber (ChristenUnie) over de financiering van geestelijke begeleiding bij palliatieve zorg in de thuissituatie.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn